

3. Costa B, Franch J, Donado A, Morató J, Martín F, Daniel J. Impact of the ADA-97 classification and diagnosis criteria on high-risk Spanish population. *Diabetes* 1998; 47 (Supl 1): 384.
4. Costa B, Franch J, Donado A, Morató J, Martín F, Basora J, IGT Research Group. Cardiovascular risk and statistical concordance related to WHO-85 vs. ADA-97 diagnostic categories on high-risk Spanish population. *Diabetes* 1999; 48 (Supl 1): 394-395.
5. Costa B, Martín F, Donado A, Basora J, Piñol JL, IGT Research Group. Impaired glucose tolerance vs. impaired fasting glucose (isolated and global) phenotype and prevalence among high risk Spanish individuals. *Diabetes* 2000; 49 (Supl 1): 191.
6. Shaw JE, Zimmet PZ, Hodge AM, De Courten M, Dowse GK, Chitson P et al. Impaired fasting glucose: how low should it go? *Diabetes Care* 2000; 23: 34-39.
7. The DECODE-Study Group on Behalf of the European Diabetes Epidemiology Study Group. Will new diagnostic criteria for diabetes mellitus change phenotype of patients with diabetes? Reanalysis of European epidemiological data. *BMJ* 1998; 317: 371-375.
8. Vázquez JA, Gaztambide S, Soto-Pedre E. Estudio prospectivo a 10 años sobre la incidencia y factores de riesgo de diabetes mellitus tipo 2. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 534-539.
9. Basora MT, Martín F, Donado A, García MT, Piñol JL, Costa B y el Grupo de Investigación ITG. La ITG duplica el riesgo y triplica la incidencia media de diabetes en población española de alto riesgo: ¿tan sólo riesgo o la propia enfermedad? *Aten Primaria* 2000; 26 (Supl 1): 259.
10. Costa B, Hernández JM, Basora T, Piñol JL, Grupo de Investigación ITG. Incidencia de diabetes en la población española de mayor riesgo. *Med Clin (Barc)* 2001; (en prensa).

El futuro de la estructura docente de la especialidad de medicina familiar y comunitaria

Sr. Director: En los últimos meses se ha propuesto un interesante debate sobre el futuro de la es-

tructura docente para la formación de especialistas en medicina familiar y comunitaria (MFyC). Aunque, por el momento, las ideas expuestas no están totalmente perfiladas, un grupo de coordinadores de unidades docentes (UD) creemos oportuno aportar nuestra visión sobre la forma de organización actual y su futuro a corto y medio plazo.

La actual estructura está constituida en torno a las UD. En ellas se establece cómo se aplicará el programa de especialidad en cada área de salud. En esta toma de decisiones participan, a través de la comisión asesora, los residentes, los tutores, el coordinador de la UD y representantes de la comunidad autónoma. A su vez, las UD están insertas en la estructura de las direcciones de atención primaria. Este sistema de organización ha tenido unos resultados que se concretan en la formación de unos 12.000 médicos de familia en los dos últimos decenios.

La organización descrita se gestó en íntima relación con el proceso de reforma de la atención primaria. La creación de las UD al amparo de la OM de diciembre de 1983 y del RD 137/84, a partir del germen de las unidades piloto de MFyC, constituyó la piedra angular de la formación de especialistas.

Los responsables de estas UD tuvieron, en primer lugar, funciones provinciales, que más tarde fueron descentralizadas. Las normativas posteriores, como la OM de junio de 1995 permitieron la «profesionalización» de los responsables de estas unidades, dejando atrás una etapa que basaba la organización en el voluntarismo, y que sin embargo tuvo resultados plenamente positivos para nuestra especialidad.

Pero el incuestionable papel histórico desempeñado, en ningún modo justificaría el enquistamiento y la complacencia con el modelo de organización conseguido.

Así, en los últimos meses se han dejado escuchar opiniones cualificadas que pedían la revisión de estas estructuras con mayor o menor urgencia.

Éstas se fundamentan en la desmotivación profesional y en las carencias actuales del sistema^{1,2}, en innovaciones organizativas más o menos exitosas o en la necesidad de continua evolución de las instituciones y sus elementos³.

Entendemos que debe hacerse una mirada crítica de la situación actual para ofrecer propuestas de cambio. Pero no pueden desvincularse estas propuestas de la realidad del sistema sanitario público donde están insertas. Cualquier reforma profunda de la estructura docente debe contemplar la situación presente e intuir el marco futuro del sistema sanitario.

Entre las ideas novedosas que han sido objeto de discusión, una llama poderosamente la atención, tanto por la argumentación de conjunto, que aboga por la desaparición de las actuales UD, para sustituirlas por lo que se da en llamar servicios de atención primaria, como por la utilización de figuras ya conocidas, en concreto la de jefatura de servicio^{1,2}.

En los planteamientos expuestos hasta el momento no se ha profundizado demasiado en esa nueva estructura, quizá porque aún no haya habido ocasión, pero se dibuja con trazo grueso un sistema organizativo que a algunos profesionales implicados en la estructura docente actual nos causa cierta sorpresa. Y vaya por delante que no es el deseo de supervivencia el que nos mueve a hacer estas reflexiones. Comprendemos que tanto la figura como las funciones de los actuales coordinadores de UD son perfectamente cuestionables, pero en el seno de un proceso de debate y reflexión, en el que participen el conjunto de los elementos implicados en la formación de los especialistas en MFyC.

Se propone la creación de servicios de atención primaria, en contraposición a la actual situación, en los que se reproduce parcialmente la estructura de las áreas de atención primaria de salud, aunque queda sin aclarar la posición en que quedarían los centros no docentes. Esto generaría indefectiblemente, aunque no lo crean así sus defensores, nuevos niveles de organización, en contra de la tendencia actual de simplificar las estructuras de gestión. No creemos que así se mejore el actual marco organizativo, sólo se hace más complejo. Por otra parte, la creación de estos servicios nunca podría hacerse desde las necesidades docentes únicamente. La organización sólo puede pensarse en torno a la asistencia, integrando, cómo no, aspectos formativos y de investigación.

Quizá las ideas expuestas no estén lo suficientemente perfiladas, pero dejan entrever claras alusiones a la organización de los servicios hospitalarios con las que no podemos estar de acuerdo. Es llamativa la recreación de la figura de jefe de servicio, por su paralelismo con la denominación hospitalaria que parece próxima al profesional. Sin embargo, muchos profesionales rechazamos ese paralelismo, pues es esta forma de organización la que ha hecho crecer la desmotivación entre facultativos sanitarios del ámbito hospitalario, que han visto cómo su desarrollo profesional se veía amputado por un «efecto techo». Y parece una paradoja que, apelando a la «carrera profesional», se limiten seriamente las posibilidades de crecimiento proponiendo categorías cerradas y sólo relacionadas con perfiles gestores. El sistema de elección propuesto también tiene similitudes con el utilizado en los servicios hospitalarios, y aunque el concurso de méritos pueda parecer totalmente objetivo son por todos conocidas las distorsiones que, en ocasiones, experimentan estos procesos se-

lectivos, generadas por el propio servicio convocante. La OM de 22 de junio de 1995, al mencionar la elección del coordinador de la UD, propone un sistema de participación de la comisión asesora que podría potenciarse para asegurar la idoneidad de los candidatos, o incluso pueden diseñarse nuevos sistemas de elección, que mejoren claramente la realidad actual, tanto la vivida en las UD, como la ya conocida de los citados servicios hospitalarios.

Nuestra propuesta de evolución de la estructura docente va en otra dirección. La realidad del país es y será una organización descentralizada, con características propias en cada comunidad. Serán imprescindibles acuerdos de mínimos que eviten desigualdades en el acceso a la formación, pero en un marco de formación descentralizada con responsabilidades delegadas, que hacen chocantes propuestas que pretendan aglutinar en un cargo jerárquico la toma de decisiones en el ámbito de la formación de especialistas.

En cualquier caso, creemos menos relevante definir quién va a liderar la organización localmente, aunque estamos de acuerdo en que su elección debe basarse en criterios de idoneidad y no en arbitrariedades. Parece más urgente mejorar el entramado de la red docente. La figura del tutor debe ser potenciada, valorando sus méritos e incluyéndolos en una verdadera carrera profesional, facilitándole la gestión de una consulta adecuada y mejorando su capacidad para formar especialistas. Por otra parte, las UD deben recibir todos los recursos que la normativa les atribuye, tanto materiales como humanos, pues éstos son indefectiblemente absorbidos por las gerencias, que a su vez también son deficitarias en recursos.

Se debe favorecer la mejora continua de las personas que las dirijan, para poder dar respuesta a

los nuevos retos que surgen, evitando problemas que se vuelven irresolubles, como está siendo el caso de la evaluación final de los residentes.

A su vez, las unidades deberían ser auditadas periódicamente para garantizar la calidad del proceso formativo.

Entendemos también como prioritaria la extensión del proceso formativo de los futuros especialistas a 4 años. Esa es la tendencia en nuestro entorno y está de sobra justificado por la amplitud de los contenidos docentes de nuestro programa formativo.

Esta pretensión choca con la tendencia actual de los responsables ministeriales del programa MIR de aumentar artificialmente las plazas de formación en medicina de familia. Pero ofrecer formación de alta calidad supone adecuar esta formación a las necesidades de la realidad profesional. Por tanto, no se justifica la formación de un elevado número de especialistas, con los recursos de una sociedad que no los necesita. La capacidad de las UD no es el principal condicionante del número de especialistas que se forman. Este número debe estar en consonancia con la necesidad social de médicos de familia. Preparar trabajadores altamente cualificados para el subempleo es frustrante para el profesional y para el sistema formativo.

Otro campo de mejora, para el futuro, es la participación de las UD, de manera homogénea y reglada, en la formación de pregrado, como se dispone en la OM de diciembre de 1983 y en la propia Ley General de Sanidad.

Pero si algo nos parece fundamental es la integración de las UD en la realidad de la asistencia primaria. El crear «centros de excelencia», donde la prestación de servicios no se corresponda en absoluto con las condiciones habituales de ejercicio, y corriendo el peligro de mantener estructuras paralelas, no va a redundar

en un beneficio formativo para el residente, ni para el conjunto de la organización sanitaria. No se puede luchar por la mejora de la calidad de la formación sin que se produzca una mejora sustancial en las condiciones de la atención.

Queremos, pues, que se discuta el futuro de la estructura docente de la medicina de familia en nuestro país, pero desde una perspectiva realista e integradora. Encontramos muchos campos de actuación para aumentar la calidad de la formación que ofrecemos a nuestros residentes, y no coincidimos en conceder la importancia que se está atribuyendo a ciertos aspectos de organización muy concretos. Agradecemos sinceramente la controversia y entendemos que todas las propuestas son válidas, pero en principio no dejan de ser más que eso, propuestas para un debate en el que todas las partes deberíamos participar.

Coordinadores de UD de la Comunidad de Madrid

1. Martín Zurro A. ¿Deben desaparecer las actuales unidades docentes de medicina de familia y comunitaria? *Aten Primaria* 2000; 26: 1-2.
2. Entrevista con... Dr. Amando Martín Zurro. *Tribuna Docente* 2000; 1: 48-50.
3. Gómez Gascón T. ¿Deben evolucionar las unidades docentes de medicina de familia y comunitaria? *Aten Primaria* 2000; 26: 3-4.

Son coordinadores de las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Madrid:

José Zarco Montejo, Área 1.
Luis García Olmos, Área 2.
José M. Martín Moros, Área 3.
Juan Carlos Abanades Herranz, Área 4.
Lidia Sánchez Beiza, Área 5.
Fernando Caballero Martínez, Área 6.
Pedro Nogales Aguado, Área 7.
Pilar Regato Pajares, Área 8.
Ramiro Cañas de Paz, Área 9.
José Luis Miraflores Carpio, Área 10.
Jesús Martín Fernández, Área 11.

Respuesta del autor

Los coordinadores de las unidades docentes de medicina de familia y comunitaria de la Comunidad Autónoma de Madrid remitieron a esta revista, con fecha 27 de octubre de 2000, una «Carta al Director» sobre los editoriales publicados en el número de 15 de junio de la revista. Por un problema de registro, esta carta no ha llegado a manos del director de la publicación hasta el 19 de febrero de 2001, y por ello no ha podido ser incluida en las respuestas a otras cartas sobre este tema publicadas en el número de enero. Una vez subsanado el error, para el que solicitamos la benevolencia de los autores de la carta, procederemos a su publicación y la de la correspondiente respuesta en el primer número de la revista que se encuentra ahora en fase de elaboración editorial.

En primer lugar, y no es un tópico, quisiera agradecer sinceramente a los compañeros de Madrid el interés demostrado por debatir un aspecto como éste, relacionado con el porvenir de nuestra especialidad. Estoy convencido de que, como caminamos hacia el objetivo común de conseguir el mejor futuro posible para la medicina de familia y comunitaria española, los debates que podamos mantener nos van a conducir hacia puntos de encuentro constructivos.

En segundo lugar, quisiera manifestar mi acuerdo con la afirmación de los autores de la carta sobre la necesidad de mantener una permanente actitud crítica y reflexiva hacia cualquiera de los elementos organizativos o de otro tipo de la docencia de la especialidad, por muy establecidos e inamovibles que pudieran parecernos.

En mi editorial, efectivamente, se propone la futura creación de servicios de atención primaria/medicina de familia, pero no «en contraposición a la actual situación», sino como un desarrollo complementario de la misma. Los compañeros autores de la carta se preguntan

acerca de la posición en que quedarían los centros de salud no docentes en este nuevo contexto. Me parece evidente que de esta apreciación se desprende que no he logrado explicitar correctamente mi pensamiento al respecto en el editorial. Los centros docentes y no docentes formarían todos parte de los citados servicios, ya que éstos no son una «estructura docente», sino unos elementos organizativos que asumen las funciones asistenciales, docentes y de investigación de forma conjunta, además de la gestión clínica de la atención primaria. Los propios autores de la carta apoyan esta consideración cuando afirman más adelante que «por otra parte, la creación de estos servicios nunca podría hacerse desde las necesidades docentes únicamente». Es obvio. En mi editorial ya lo señalaba explícitamente y decía que «no estamos planteando la transformación directa de cada unidad docente en un servicio de atención primaria/medicina de familia». Primero, hay que crear y dotar los servicios y, posteriormente, integrar en ellos, además de las funciones asistenciales y de investigación, las docentes propias de las actuales unidades.

La propuesta de mi editorial pretende simplificar y no complicar las estructuras de gestión actuales de la atención primaria, ya que, tal como se dice en el punto 3, «posibilita una mejor clarificación de las funciones y tareas de las actuales estructuras de gestión de la atención primaria a partir de la integración en los nuevos servicios de... los recursos que tienen adscritos estas estructuras de gestión». Lo que se preconiza, en definitiva, es un cambio radical de la situación actual con la desaparición de tanta estructura intermedia de gestión de la atención primaria (todas las situadas por debajo del área, distrito o ámbito, según las distintas nomenclaturas vigentes en las comunidades autónomas) y su sustitución prácticamente total por estos nuevos servicios en los que los